



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## P-020 - EL PACIENTE CON 'HAMBRE DE AIRE'

J. Cuevas Cruces<sup>a</sup>, F. Leiva Cepas<sup>b</sup>, J.A. Ávila Rivera<sup>c</sup>, E. Romero Rodríguez<sup>b</sup>, J.M. Madeira Martins<sup>a</sup> y F.J. Ruiz Moruno<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UGC Fuensanta. <sup>b</sup>UGC Occidente Azahara. <sup>c</sup>UGC La Carlota.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 11 años que acude acompañado por su madre a un dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Es la segunda vez que acude en el día siendo diagnosticado en la visita inicial por crisis asmática. El paciente sin antecedentes personales y familiares de interés refiere mal estar general, cansancio y sensación de ahogo. El cuadro se inició por la mañana de forma brusca mientras corría en clase de gimnasia de forma más intensa de lo habitual. La sensación disneica mejora al inclinarse hacia delante. No fiebre. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Inspección: regular estado general, normocoloreado y normoperfundido, disneico en reposo con tiraje subcostal y con una curiosa respiración consistente en una inspiración profunda con una pausa previa a una corta espiración asociada a un quejido. Auscultación respiratoria: resultó estrictamente normal con murmullo vesicular conservado sin ningún ruido sobreañadidos. Auscultación cardíaca: presenta tonos rítmicos sin soplos. Abdomen: resultó blando depresible no doloroso sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Hiperemia faríngea sin exudado. Constantes: saturación de oxígeno: 98%. Tensión arterial: 110/70 mmHg. FC: 70 lpm. T: 36 °C. ECG: anodino en ritmo sinusal sin impresionar de pericarditis ni alteraciones en el ritmo, ni repolarización ni isquemia. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos descartando neumotórax, neumonía, derrame pleural. Ante la normalidad de pruebas volvemos a llamar a consulta al paciente en busca de nuevos datos para completar anamnesis y filiar origen del cuadro. La madre nos comenta que le tiene un poco más preocupada porque está perdiendo peso. Se preguntó si había comido o bebido más en las últimos días u orinado más cuyas respuestas fueron negativas. Glucemia: 670 mg/dl. Urotest: cuerpos cetónicos +++/+++ y glucosuria +++/+++. Fue derivado al hospital por sospecha de diabetes mellitus tipo I de debut mediante cetoacidosis diabética manifestada por respiración de Kussmaul que se confirmó con: gasometría arterial: pH: 6,89. Bicarbonato: 5 mmol/l. Sodio: 136 mmol/l. Potasio: 3,9 mmol/l. pCO<sub>2</sub>: 20 mmHg.

**Juicio clínico:** Diabetes mellitus tipo I de debut mediante cetoacidosis diabética manifestada por respiración de Kussmaul.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis asmática. Neumotórax. Ansiedad. Pericarditis. Coma hiperosmolar.

**Comentario final:** Un paciente con respiración de Kussmaul siente el impulso de respirar profundamente con un “hambre de aire”. La respiración se vuelve profunda y trabajosa. La gasometría arterial mostrará un pH bajo a causa de una disminución de bicarbonato que intentará compensar con una baja presión parcial de dióxido de carbono mediante una hiperventilación (soplando dióxido de carbono).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jimenez L, Montero FJ. Cetoacidosis diabética. En: Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. Elsevier España, 2015.
2. Gosmanov AR, Gosmanova EO, Dillar-Canon E. Management diabetic ketoacidosis. Diabetes Metab Syndr Obes. 2014;7:255-64.